UNIVERSITÉ PAUL SABATIER - TOULOUSE - III

UNITÉS MÉDICALES

ANNÉE 1971 N° 2

KERATODERMIES PALMO-PLANTAIRES PSORIASIQUES A MINIMA

(à propos de 25 observations)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)

par

EDOUARD CASSAGNAVÈRES

Ancien Externe des Hôpitaux
C. E. S. de Dermatologie

Membres du Jury

MM.	A. BAZEX	Président
	J. BROUSSY	Assesseurs
	DUPRÉ	
	SALVADOR	
	P. COMBES	Suppléant

IMPRESSION R. P. - TOULOUSE

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER - TOULOUSE - III

UNITÉS MÉDICALES

ANNÉE 1971 N° 2

KERATODERMIES PALMO-PLANTAIRES PSORIASIQUES A MINIMA

(à propos de 25 observations)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)

par

EDOUARD CASSAGNAVÈRES

Ancien Externe des Hôpitaux
C. E. S. de Dermatologie

Membres du Jury

MM.	A. BAZEX	Président
	J. BROUSSY	Assesseurs
	DUPRÉ	Assesseurs
	SALVADOR	Assesseurs
	P. COMBES	Suppléant

IMPRESSION R. P. - TOULOUSE

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE

de

TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES MEDICALES

Président de l'Université : Monsieur LARENG

Ier Vice-Président : Monsieur MATHIS

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales Toulouse-Purpan : Monsieur MONNIER

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales Toulouse-Rangueil : Monsieur ENJALBERT

Doyens honoraires : MM. LAZORTHES, GORSE, CALVET, BRUSTIER.

Professeurs honoraires : MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD, VINCENT, MOREL, BOUISSET, CALMETTES, THOMAS, LAGROT, DULUCQ.

Clinique Médicale et Cardiologique	MM. DARDENNE
Clinique Médicale Sud	GADRAT
Clinique Chirurgicale	FICAT
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	POULHES
Clinique Chirurgicale B et du Cancer	GRIMOUD
Clinique Chirurgicale infantile et orthopédie	PASQUIE
Clinique Chirurgicale orthopédique et traumatologique	RIEUNAU
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire	ENJALBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
Clinique des maladies infectieuses	ARMENGAUD
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
Clinique médicale de la première enfance	BARDIER
Clinique de neuro-chirurgie	LAZORTHES
Clinique neurologique et psychiatrique	GERAUD

Clinique obstétricale	MM.	PONTONNIER
Clinique odonto-stomatologique		CADENAT
Clinique ophtalmologique		N...
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale		CALVET
Clinique de pneumo-phtisiologie		DELAUDE
Clinique rhumatologique		RUFFIE René
Accouchement et obstétricie sociale		MONROZIES
Anatomie		BASTIDE
Anatomie pathologique		FABRE Jacques
Anesthésie et Réanimation		LARENG
Bactériologie et Virologie	Mme	ENJALBERT
Biophysique médicale A	MM.	AUVERGNAT
Biophysique médicale B		BRU
Chimie biologique		VALDIGUIE
Electro radiologie		MARQUES
Embryologie générale		BROUSSY Jean
Hématologie		RUFFIE Jacques
Histologie		BIMES
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie		N...
Cardiologie clinique et expérimentale		N...
Hygiène et médecine sociale		MONNIER
Immunologie		DUCOS
Médecine légale et médecine du travail		PLANQUES
Pathologie chirurgicale		DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL
Pathologie médicale		RIBAUT
Physiologie		LAPORTE Yves
Physiologie appliquée et pharmacologie		BAISSET
Sémiologie et clinique médicale		LAPORTE Jacques
Thérapeutique		DARNAUD

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Histologie et Embryologie	MM.	GUILHEM
Anatomie pathologique		BOUISSOU
Biochimie médicale		DOUSTE-BLAZY
Histologie et Embryologie		PLANEL
Oto-Rhino-Laryngologie		CLAUX
Pathologie Médicale		BOULARD
Physiologie		MONTASTRUC
Physiologie		BESSOU

Physique médicale	MM.	COMMANAY
Pneumo-Phtisiologie		MIGUERES

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Abatomie pathologique	MM.	FABRE Jean
Bactériologie, parasitologie, virologie	Mme	LARENG
Biochimie médicale	MM.	VALDIGUIE Pierre
Chirurgie générale		GEDEON
Chirurgie générale		SARRAZIN
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire		ESCHAPASSE
Electro-radiologie		PONS
Electro-radiologie		ROULLEAU
Médecine générale et thérapeutique		BOLLINELLI
Ophtalmologie		DEODATI
Pédiatrie		DALOUS
Neuro-chirurgie		ESPAGNO Jacques
Médecine générale et thérapeutique		SUC
Pédiatrie		REGNIER
Médecine générale		RIBET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Carcinologie	MM.	ESTRADE
Médecine générale et thérapeutique		BES
Pathologie expérimentale		GLEIZES
Médecine générale		ARLET
Dermatologie, vénéréologie		DUPRE
Thérapeutique		DENARD
Physiologie		GERAL
Cardiologie		BOUNHOURE
Thérapeutique, Réanimation médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie		SALVADOR M.
Radiologie		COMBES
Pneumo-phtisiologie		ALBAREDE
Pédiatrie génétique médicale		ROCHICCIOLI
Chirurgie générale		ESCAT
Chirurgie générale		COSTAGLIOLA
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive		UTHEZA
Urologie		PONTONNIER F.
Histologie, Embryologie, Cytogénétique		SOLEILHAVOUP
Biophysique		GUIRAUD

MAITRES DE CONFERENCES ADMISES

Cardiologie	MM. ESTRADE
Médecine générale et thérapeutique	BEG
Pathologie expérimentale	GLEIZES
Médecine générale	ARLET
Dermatologie, vénéréologie	DUPRE
Thérapeutique	DENARD
Physiologie	CERAL
Cardiologie	BOURNOUBE
Thérapeutique, Rééducation médicale, Réduction luxation traumatique et Hydrologie	SALVADOR M.
Radiologie	COMBES
Pneumo-phtisiologie	ALBAREDE
Pédiatrie générale médicale	ROCHICCIOLI
Chirurgie générale	ESCAT
Chirurgie générale	COSTAGLIOLA
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et réparatrice	UTHEZA
Urologie	PORTOMNIER P.
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	SOLEILHAVOUP
Biophysique	GUIRAUD

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physique médicale	MM. CONDAMAY
Pneumo-Phtisiologie	BICOURET

MAITRES DE CONFERENCES ADMISES

Abattoir pathologique	MM. FABRE Jean
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENO
Biochimie médicale	MM. VALDIGUIE Pierre
Chirurgie générale	CROSON
Chirurgie générale	SARRAZIN
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	ESCUDASSE
Electro-radiologie	PONS
Electro-radiologie	MONTLEAU
Médecine générale et thérapeutique	BOLLINELLI
Ophtalmologie	DECOUAIT
Pédiatrie	DALOUS
Neuro-chirurgie	ESPADON Jacques
Médecine générale et thérapeutique	SUC
Pédiatrie	RECHNIER
Médecine générale	RIBET

Physiologie	MM.	PAGES
Parasitologie		LARROUY
Immunologie, Hématologie, Maladies du sang		BIERME
Anatomie et organogénèse		JUSKIEWENSKI
Médecine interne		FEDOU
Médecine générale		RASCOL

AGREGES

Médecine générale	MM.	CALAZEL
Médecine générale		LE TALLEC
Chirurgie générale		GAUBERT
Médecine légale		GREZES-RUEFF
Neurologie et Psychiatrie		GAYRAL
Ophtalmologie		BEC

AGREGES - LIBRES

Chirurgie générale	MM.	SOUQUET
Pathologie chirurgicale		DIEULAFE
Obstétrique		ESPAGNO G.

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Psychiatrie	M. LABOUCARIE

Secrétaire Général de l'Université : Monsieur PRINEAU J.P.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (délibération en date du I2 Mai I89I).

A MA FEMME

A VALERIE

A MES PARENTS

Avec toute ma reconnaissance et toute ma tendresse

A MON PARRAIN

Avec toute mon affection

A MES BEAUX-PARENTS

Avec toute ma gratitude pour leur gentillesse

A MA GRAND'MERE

A MON FRERE ET MES BELLES-SOEURS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BAZEX

Professeur de la Clinique Dermatologique et Syphiligraphique

Dermatovénéréologue des Hôpitaux

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir nous compter au nombre de vos élèves.

Pendant nos études, nous avons profité dans votre service, de votre enseignement, de vos conseils, de votre expérience.

Permettez-nous de vous exprimer aujourd'hui nos sentiments de profonde admiration et de vive gratitude, ainsi que nos remerciements pour l'aide que vous avez bien voulu nous apporter dans la préparation de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. DUPRE

Professeur Agrégé de Dermatologie et de Syphiligraphie

Vous avez bien voulu nous confier le sujet de cette thèse et conseillé dans son élaboration.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude pour les "Cours du Soir" et les multiples marques de sollicitude que vous n'avez jamais cessé de manifester à notre égard.

MONSIEUR LE DOCTEUR R. SALVADOR

Chargé de Cours à la Faculté

Médecin des Hôpitaux

Com el seu disciple he pogut cada dia apreciar las vostres calitats insignes d'esperit i profitar de la vostre enseyança.

Som feliç de poder darle el testimoni del meu respectuos agraïment.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUSSY

Professeur d'Embryologie Générale

Soyez remercié pour l'intérêt particulièrement bienveillant que vous nous avez toujours témoigné, et croyez à notre gratitude pour votre présence à notre jury de thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. COMBES

Maître de Conférences Agrégé

Radiologiste des Hôpitaux

Nous vous remercions pour la preuve d'amitié que vous nous donnez en siégeant à notre jury, et vous prions de trouver ici l'expression de notre très vive reconnaissance.

A MADAME LE DOCTEUR B. CHRISTOL-JALBY

Ancien chef de Clinique à la Faculté

Attaché de Consultation

Qu'il me soit permis de vous remercier pour l'aide que vous m'avez apportée dans l'élaboration de ce travail.
Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. PARANT

Médecin Assistant des Hôpitaux

Nous sommesheureux de pouvoir vous remercier aujourd'hui des encouragements que vous n'avez cessé de nous prodiguer.

A MES AMIS DU DIPLOME DE DERMATOLOGIE

AU PERSONNEL DU SERVICE DE DERMATOLOGIE

P L A N

INTRODUCTION

CHAPITRE I : Tableau clinique des kératodermies palmo-plantaires à minima.

CHAPITRE II : Caractères communs permettant une unité.

CHAPITRE III : Etiologie du syndrome "Kératodermies palmo-plantaires à minima" en dehors du psoriasis.

CHAPITRE IV : Diagnostic positif.

CHAPITRE V : Observations personnelles.

CHAPITRE VI : Place éventuelle de la kératodermie palmo-plantaire dans le cadre de certaines dermatoses fréquentes.

TRAITEMENT

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ooo

INTRODUCTION

Le psoriasis subit depuis quelques années un renouveau d'intérêt. Alors que les manifestations cliniques si bien décrites par les auteurs classiques semblaient définitivement codifiées on a appris depuis quelque temps à rechercher des formes très atypiques. Le psoriasis que l'on croyait bien connaître du point de vue morphologique est, en réalité, des plus protéimorphes et des plus trompeurs.

Nous avons choisi parmi ces formes frustes de décrire les formes kératosiques atypiques discrètes, localisées à la pulpe des doigts, aux paumes des mains et aux plantes des pieds. Les lésions se révèlent être d'observation fréquente, mais ne sont pas toujours identifiées car elles surviennent isolées ; il n'existe pas en principe de contexte psoriasique, et s'il existe, il passe inaperçu du malade qui ne le signale pas en raison de sa discrétion.

La mise en évidence de l'étiologie psoriasique de ce tableau clinique a été facilitée par la fréquence actuelle de ces lésions qui en font un problème de pratique courante, presque journalière.

"Ménagères, travailleurs manuels gênés dans l'exercice de leur profession suivant le rythme général d'une consultation médicale accrue, n'hésitent pas à consulter pour des lésions considérées encore récemment comme d'intérêt médical mineur". Or ce tableau clinique excessivement fréquent correspond à un syndrome d'étiologie complexe bien difficile à définir. Cela explique que l'étiologie proposée varie suivant les auteurs.

SARASON, s'est attaché à décrire ces lésions sous le terme de Psoriasis subclinique, surtout dans les localisations de la paume des mains.

Mais KAMINSKY décrit le syndrome digito cutané à minima avec un tableau clinique sensiblement identique et l'intègre comme élément d'une triade étiologique dont deux autres volets sont l'eczéma atopique et l'ichtyose.

HURIEZ décrit des lésions identiques qui appartiennent à la dermite d'initiation ou dermite orthoergique.

L'école toulousaine a insisté sur la place de l'étiologie psoriasique. Sur I8I cas recueillis dans le service du Professeur BAZEX de I964 à I97I, 25 cas ont été retenus, soit I5%

environ de ces kératodermies où l'étiologie psoriasique pouvait être affirmée d'une manière irréfutable.

Nous allons décrire les différents tableaux cliniques réalisés par ce syndrome et les étiologies évoquées en dehors du psoriasis.

Nous essayerons de dégager d'une part les caractères communs aux différents tableaux ; nous étudierons d'autre part, les critères nécessaires pour affirmer le diagnostic du psoriasis.

Nous décrirons ensuite les observations recueillies dans le service répondant à ces critères, et étudierons enfin les rapports fréquents du psoriasis avec certaines dermatoses courantes au cours de ce syndrome.

ooo

C H A P I T R E I

TABLEAU CLINIQUE

des

KERATODERMIES PALMO PLANTAIRES A MINIMA

Ces kératodermies digito palmo plantaires à minima peuvent se présenter sous de multiples aspects réalisant des tableaux différents.

Malgré tout, il existe entre ces différents types :

- des formes de transition.
- une intrication.
- des signes communs qui permettent de relier entre elles ces formes qui pourraient paraître étrangères les unes aux autres.

La diversité de ces formes nous a incité à analyser les différents tableaux cliniques rencontrés :

I - PULPITES SECHES KERATOSIQUES CREVASSEES.

Ce sont des lésions très discrètes, parfois d'apparence si insignifiante que l'on conçoit mal que le malade consulte pour si peu de chose.

Deux ou trois pulpes sont atteintes uni ou bilatéralement, faiblement érythémateuses ou de couleur normale, non infiltrées.

Cette pulpite peut rester isolée et fait partie des nouveaux visages du psoriasis. Mais elle peut s'accompagner dans un certain nombre de nos observations de kératodermies palmaires

et de kératoses talonnières que nous allons nous attacher à décrire.

2 - KERATODERMIES PALMAIRES SECHES A MINIMA.

Il existe deux formes :

A - Une forme très discrète

Elle consiste en une fine exfoliation superficielle de l'épiderme avec présence facultative de signes inflammatoires minimes. Il n'existe pas de signes subjectifs. On retrouve souvent la précession d'une dermite orthoergique dont d'ailleurs l'aspect clinique est sensiblement voisin.

On retrouve dans nos observations :

- une irritation mécanique : contact du volant.
- une irritation par les produits ménagers.
- une irritation par les produits chimiques (laborantine).
- un phénomène allergique : eczéma de contact.
- parfois on ne retrouve rien.

B - La deuxième forme

Elle présente des lésions discrètes mais déjà plus importantes. Entre les deux formes il n'y a qu'une différence de degré. Les lésions sont faiblement érythémateuses, très sèches, à peine

kératosiques comme dans la forme précédente. Mais la peau est fissurée de rhagades douloureuses ; il y a accentuation, visualisation anormale des lignes de la main comme tatouées ou incrustées qui donnent à la main un aspect perpétuellement sale.

Elles sont uni ou bilatérales, réparties soit de façon diffuse sur la paume, soit à topographie insulaire, bien ou mal limitées, parfois débordant sur le dos de la main.

La plupart du temps, elles sont associées à des lésions plantaires, parfois à une pulpite :
- le prurit est habituel et assez spécial à type de cuisson.
- la sensation de sécheresse est habituellement signalée.

Ce tableau correspond à celui décrit par KAMINSKY dans son syndrome digito cutané à minima. Il était basé sur l'étude d'un nombre très important d'observations.

3 - HYPERKERATOSE TALONNIERE FISSUREE.

Le psoriasis, à ce niveau, est souvent plus important que dans les formes prédédentes. Il reste dans la description du fait de la fréquence des associations aux deux autres localisations, mais qui n'est pas obligatoire. Il se présente sous la forme de volumineuses hyperkératoses prédominant sur le bord interne, occupant une partie ou la totalité de la circonférence

du talon.

Parfois il existe des lésions identiques au talon antérieur, les lésions sont uni ou bilatérales.

Elles sont crevassées et donc fort douloureuses, entraînant une gêne fonctionnelle à la marche.

On retrouve parfois un facteur déclenchant local (mécanique ou chimique) ou général (problèmes psychologiques). Elle peut aussi évoluer indépendamment de toute cause déclenchante.

ooo

C H A P I T R E II

CARACTERES COMMUNS PERMETTANT UNE UNITE

Ces divers tableaux cliniques évoluent très fréquemment indépendamment les uns des autres, restant isolés. Mais parfois, on peut voir associées ou se succédant dans le temps, pulpites sèches, kératodermies palmaires sèches, kératodermies épaisses des paumes, kératoses fissuraires des talons.

Dès lors on a essayé de dégager des caractères communs susceptibles de conférer aux différents tableaux une certaine unité.

- I - La symptomatologie subjective a fait l'objet d'une description approfondie par KAMINSKY. Elle varie de minime et presque nulle jusqu'à très intense selon l'affection clinique, l'intensité des lésions, le type psycho-émotionnel, professionnel du malade.

Au niveau de la main : sensation d'hypoesthésie qui rend pénible les mouvements ; sensation de fourmillement, prurit et douleur.

Au niveau des pieds : les phénomènes douloureux sont majorés par la marche et le frottement, générateurs de profondes

crevasses.

Ces signes fonctionnels sont aggravés fréquemment par le degré de préoccupation esthétique. De GRACIANSKY note à propos de semblables lésions des extrémités, "qu'il est habituel de voir le malade gratter, excorier, éplucher ses lésions palmo plantaires, pour aussi discrets que soient les signes fonctionnels".

- 2 - La chronicité. L'évolution est caractérisée par l'alternance de périodes d'aggravation et d'amélioration.

Dans un bon nombre de cas, ces différentes lésions sont indiscutablement déclenchées ou aggravées par divers traumatismes locaux d'ordre ménager ou chimique : contact avec l'eau, gants de caoutchouc, agents qui agissent en tant que facteurs d'irritation mécaniques ou chimiques. D'autres éléments peuvent d'ailleurs entrer en jeu, plus facultatifs, tels que l'état physique et psychique du malade (exacerbation due à l'anxiété ou surmenage, grossesse), le facteur endocrinien (dysménorrhée après hystérectomie, ménopause, etc...). Mais souvent les lésions sont faites d'alternances, d'aggravation et de phases d'amélioration spontanées, indépendamment des divers facteurs décrits ci-dessus, rendant délicate l'interprétation de l'épreuve thérapeutique.

- 3 - L'intensité de la symptomatologie clinique. Si les deux sexes présentent une tendance égale aux kératodermies psoriasiques, la prédominance des formes majeures dans le sexe masculin et des formes mineures dans le sexe féminin s'explique aisément.

La femme aux paumes fines fera un psoriasis à minima qui entraînera cependant une gêne considérable dans les travaux ménagers : augmentation des crevasses et de la douleur par l'eau chaude et les lessives, perte de la sensation tactile ; les bas et les étoffes accrochant au bout du doigt rendant pénible la couture.

L'homme n'exerçant pas un travail manuel pénible peut faire des formes à minima comme la femme. Mais le plus fréquemment, exerçant une profession manuelle, il aura des paumes normalement épaisses et fera des lésions très kératosiques facilement rattachables au psoriasis.

L'enfant, moins exposé, fera forcément les formes les plus discrètes : érythème fendillé des paumes ou de la pulpe des doigts, plus particulièrement des dernières phalanges.

La main droite étant la main la plus exposée aux traumatismes, est la première atteinte. On ne s'étonnera donc point de l'unilatéralité des lésions à leurs débuts, ou du moins, de la fréquence de leur prédominance à la main droite.

Cette intensité peut dépendre, mais à titre moindre :

- de facteurs physiques ou psychiques
- de facteurs endocriniens
- d'une certaine sécheresse de la peau due à la dermite orthoergique primitive ou associée, parfois accentuée par elle.

ooo

C H A P I T R E III

ETIOLOGIE DU SYNDROME

"KERATODERMIES PALMO PLANTAIRES A MINIMA"

EN DEHORS DU PSORIASIS

Ce tableau de kératodermies palmo plantaires à minima permet d'éliminer de cette description des formes plus courantes et mieux connues de psoriasis des extrémités.

- Taches arrondies bien limitées kératosiques.
- Clous psoriasiques.
- Psoriasis pustuleux.
- Kératodermies palmo plantaires épaisses et crevassées.

Par contre, la connaissance de l'origine psoriasique possible de certaines de ces kératodermies ne doit pas faire méconnaître les autres dermatoses susceptibles de déclencher de telles lésions.

Si, généralement, elles sont plus diffuses et s'accompagnent de signes associés évocateurs, elles peuvent également être discrètes et isolées, posant alors de difficiles problèmes de diagnostic différentiel. Nous discuterons successivement :

- I - Les kératodermies survenant au cours de dermatoses classées.
- 2 - Les kératodermies congénitales.

Certaines kératodermies palmo plantaires acquises, antérieurement décrites semblent par contre devoir être rattachées au psoriasis.

DERMATOSES CLASSEES

La connaissance du terrain psoriasique de certaines kératodermies ne permet pas d'éliminer les autres étiologies. Certaines sont assez répandues et proches les unes des autres.

Ce sont, par ordre de fréquence, la dermite orthoergique, l'eczéma atopique, les ichtyoses et états ichtyosiformes. D'autres sont plus rares et prêtent rarement à discussion dans ces kératodermies mineures : mucoses, pityriasis rubra pilaire, lichen plan.

I - DERMITE ORTHOERGIQUE.

En I962, une description de ces dermites craquelées, sèches, parakératosiques a été faite par HURIEZ. Elles étaient considérées alors comme dermites résiduelles. On les met actuellement sur le compte de l'irritation primaire, de l'agression professionnelle orthoergique.

Cette agression se constitue donc à la phase initiale ; elle est souvent durable, voire définitive, persistant indépendamment de tout processus de sensibilisation, avec lequel d'ailleu elle peut s'associer ou alterner.

Certains signes sont en faveur de ce processus :
Au dos de la main, la peau est sèche, souvent craquelée et fissurée : à la palpation, on la trouve épaissie.

A la paume , la peau est épaissie, crevassée et fissurée, et prend une teinte sale ; les plis sont accentués.

L'unilatéralité fréquente des lésions à droite tributaire de l'activité responsable est constante dans ce type de lésion. (Diminution au repos et pendant l'été).

Image histologique :
Il y a une discrète nécrose cellulaire : les cellules épidermiques superficielles dégénérées s'écartent les unes des autres réalisant une pseudo spongiose.
L'hyperplasie conjuguée du derme et de l'épiderme réalise la "dermo-épidermite chronique et hyperplasique", qui est l'aspect le plus constant.

a) - L'épiderme
L'hyperkératose est considérable, avec hyperacanthose et papillomatose.

b) - Le derme
Il existe une périvascularite modérée avec capillarite et une

importante fibrose dermique avec atrophie des glandes sébacées et sudoripares. Cette sclérose entraîne une ablation des bourgeons interpapillaires dont la partie inférieure devient rectiligne.

On aboutit à l'extrême, à un stade irréversible de cette sclérose qui explique l'évolution chronique malgré l'absence de contact avec l'allergie.

Les facteurs professionnels déclenchants sont de trois types :

- mécaniques inhérents à la profession (travailleurs de force)
- chimiques : pénétration transcutanée du cobalt, du nickel, de grains de silice, d'essences, d'huile, de produits ménagers ou chimiques divers.
- alcalinisation de la peau : action desséchante et alcalinisante du chrome et des différents produits ménagers.

La persistance des lésions s'expliquerait d'ailleurs par l'habitude qu'ont les ouvriers de se laver les mains avec du diluant, gasoil, white spirit, essence de thérébentine, savon alcalin et détergent.

La restitution ad integrum est donc lente à obtenir et parfois impossible.

Ces malades présentent de ce fait une incapacité de travail plus ou moins importante et deviennent des déclassés. Ils risquent même parfois de ne plus être reconnus dans le cadre des maladies professionnelles en raison de cette longue évolution malgré une protection suffisante.

Les tests épicutanés sont négatifs.

La dermite orthoergique décrite par KOGOJ sous le terme de Dermite d'usure, perpétue une dermite lorsque les dégâts initiaux sont durables ou définitifs.

L'histologie permet souvent une conclusion médico-légale plus juste et une amélioration des conditions de la réparation.

II - LE PROCESSUS ALLERGIQUE.

A - Eczéma de contact

Il reste le diagnostic le plus important.

Théoriquement il s'oppose au psoriasis par :

I) - son siège : au dos des mains alors qu'il respecte les paumes.

2) - la diffusion des bords : se continuant insensiblement avec la peau saine, en particulier vers le poignet.

3) - l'évolution par poussées : qui est sous la dépendance obligatoire vis à vis du produit déclenchant : produit ménager où le caoutchouc tient une place importante pour les auteurs espagnols (PINOL, AGUADE).

4) - l'absence de modification des ongles, et de lésions associées.

5) - un prurit plus ou moins intense.

6) - l'histologie montre une spongiose ayant abouti à un degré plus ou moins important de vésiculation. Il existe à infiltrat à lymphocyte.

7) - la positivité des tests épicutanés.

En réalité, souvent le diagnostic est difficile car les psoriasis palmaires mineurs sont le plus fréquemment prurigineux, peuvent être déclenchés ou aggravés par les produits ménagers.

Il ne faut pas parler à la légère d'eczéma palmaire et n'accepter ce diagnostic que si les tests épicutanés sont positifs, tout en sachant qu'il existe des intrications eczéma psoriasis.

B - Eczéma atopique

Il existe des équivalents eczémateux d'eczéma atopique chez des malades ne présentant aucune localisation atopique classique.

La kératodermie sèche palmaire atopique en serait un exemple, et peut avoir un tableau clinique superposable à celui du psoriasis.

Certains faits suggèrent la nature atopique des lésions :

I) - Possibilité de lésions discrètes évoquant ce diagnostic : c'est le cas de la chéilite chronique des atopiques.

2) - Présence d'antécédents personnels ou héréditaires d'asthme ou d'eczéma constitutionnel, apparition ultérieure de ces manifestations chez les malades.

On devra pratiquer

I) - le test au Trafuril.

2) - le test de Nikol.

3) - la recherche de l'immuno globuline E.

Il peut survenir spontanément ou être déclenché par un eczéma de contact avec lequel il sera difficile à dissocier.

III - L'ICHTYOSE ET LES ETATS ICHTYOSIFORMES.

L'ichtyose et les états ichtyosiformes réalisant eux aussi des kératodermies sèches ; mais dans ce cas, il existe souvent une kératose pilaire simple des membres, parfois une kératose pilaire rouge de la face et une fine desquamation très légère de toute la surface cutanée. Les paumes sont en général sèches et traversées par de nombreuses lignes, donnant l'impression d'appartenir à un sujet plus âgé. Ces sujets ont souvent, l'hiver, des engelures ou une tendance fissuraire aux talons.

IV - ECZEMA MYCOSIQUE.

Il s'agit alors de réactions cutanées à distance "tricophytides". Il s'y ajoute une onychose d'aspect peu différent de celui de l'onychose psoriasique. Le champignon, s'il existe, se trouve dans la région inter-orteils où il doit être recherché. L'examen mycologique confirme le diagnostic. En cas de doute, le traitement antimycosique d'épreuve des lésions plantaires entraîne une régression rapide de la lésion palmaire. La fréquence de tricophytides est variable suivant les régions. De GRACIANSKY et LECLERCQ le retrouvent dans huit cas sur quatre vingts, TEMINE un cas sur vingt six. C'est un diagnostic d'élimination qui doit toujours être évoqué.

V - LE PITYRIASIS RUBRA PILAIRE.

Dans sa forme typique, il est diffus, jaunâtre ; la peau est épaissie, sèche, fissurée, avec un quadrillage plus large et une desquamation inexistante. Il est très rare de voir apparaître ces lésions isolément, le dos des mains et des doigts présentant en général des lésions identiques ; l'existence d'autres localisations sur le corps est habituelle.

VI - LE LICHEN PLAN.

L'atteinte kératodermique des paumes ou des plantes dans cette dermatose est peu fréquente, à moins qu'il ne s'agisse d'un lichen généralisé très évolutif. Mais il arrive de rencontrer une kératodermie tantôt proche de celles que nous avons décrites, tantôt moins bien limitée et de teinte plus violacée, tantôt ponctuée. L'existence de papules sur les avant-bras, de lésions lichénoïdes sur la muqueuse buccale ou d'un ourlet blanc violacé sur la lèvre inférieure, permet de rattacher ces lésions à un lichen plan.

KERATODERMIES CONGENITALES

Les kératodermies congénitales que nous regroupons dans un tableau, s'opposent à la kératodermie psoriasique :

- I - Les formes recessives surviennent dans l'enfance. La plupart du temps, elles s'accompagnent de signes associés qui permettent de les identifier.

- 2 - Parmi les formes transmises en dominance, celles dont la date d'apparition serait compatible avec celle du psoriasis, présentent un tableau clinique assez différent (porokératose de MANTOUX, kératodermie linéaire de BRUNAUER-FUCHS, kératodermie insulaire de BUSCHKE-FISCHER).

	TRANSMISSION	AGE D'APPARITION	TYPE	LESIONS ASSOCIEES
TYLOSIS (Thost-Unna)	Dominance	Enfance	Diffuse	Aucune ou hyper-hydrose
Kératodermie + Neo oesophage	,, ,,	5 à I5 ans	Diffuse	K de oesophage
Mutilante (Wohwikel)	,, ,,	Enfance (Chez la femme)	Diffuse	Lésions coudes et genoux Pseudo pelade à 45 ans
Ponctuée type MANTOUX porokératose	,, ,,	IO à 45 ans	Ponctuée	Aucune
Striée ou en Bande BRUNAUER-FUCHS	,, ,,	5 à 20 ans	Striée	Aucune
Disséminée avec dystrophie cornée	,, ,,	5 à 29 ans	Ponctuée et striée	Dystrophie cornée

MELEDA	Recessive	Enfance	Diffuse, empiète sur le dos des doigts	Retard psychique et mental
Papillon Lefèvre		Enfance	,, ,,	Chute des dents et des cheveux
Circonscrite		Enfance	Callosité sensible	Troubles psychiques
POLYKERATOSE	Recessive	Enfance	Diffuse	Hypotrichose dystrophie unguéale
Hydrotic ectodermie dystrophie (Epidermolyse bulleuse)	,, ,,	Enfance	Diffuse	- ongles - cheveux = alopécie
Naegeli	,, ,,	Enfance	Diffuse	- pigmentation - anomalie des dents - absence de transpiration
Pachyonychie (Jadahsson-Levandowsky)	,, ,,	2 ou 3 ans	Ou diffuse ou aux points d'appui	Lésions unguéales à la naissance Leucoplasie.

KERATODERMIES PALMO-PLANTAIRES DITES ESSENTIELLES

Les traités classiques décrivent un certain nombre d'états kératosiques qui sont parfaitement superposables aux kératodermies palmo plantaires à minima : pour chaque type, nous rappelons les principaux caractères permettant de les individualiser.

I - ERYTHEME KERATOSIQUE PALMO-PLANTAIRE DE BROOKE

Atteinte élective des femmes nerveuses entre 27 et 67 ans. Hyperkératose coupée de rhagades aux plis, rougeur foncée du derme, bordure érythémateuse des placards kératosiques, chaleur et cuisson, extension possible au dos de la main, atteinte simultanée fréquente des plantes, chronocité et tendance aux récidives, s'améliorant par les réducteurs.

II - KERATODERMIE PALMO PLANTAIRE A DEVELOPPEMENT PROGRESSIF (DUBREUILH, DARIER)

Kératose à extension progressive avec lésion identique des coudes et des genoux.

III - KERATOSE PONCTUEE PALMO PLANTAIRE DE GALLOWAY

Taches kératosiques jaune brunâtre, siégeant aux paumes et aux plantes.

IV - KERATOSE TYLOSIQUE PALMAIRE PROGRESSIVE DE DOHI et MYAKE (héréditaire)

Chez la femme, elle siège au bord du pouce ou à l'extrémité d'un doigt. Elle est associée à la sécheresse de la peau avec desquamation et rhagades sur la face palmaire des doigts.

V - ECZEMA CORNE DE WILSON (chez l'adulte)

Aux mains, elle siège au niveau de l'éminence thénar et hypothénar débordant sur le dos des doigts ; aux pieds, sur les talons antérieurs et postérieurs.

On retrouve : - l'existence d'un terrain psycho-somatique.
- le rôle favorisant des irritations ménagères et mécaniques.

VI - KERATODERMIE CLIMATERIQUE DE HAXTHAUSEN (encore appelée KERATODERMIE HYPO-OESTROGENIQUE PALMAIRE ET PLANTAIRE)

Les deux sexes. Mêmes lésions que dans le syndrome de BROOKE, histologie identique à celle observée dans le psoriasis. Ce tableau survient associé à une obésité et des arthralgies. La guérison surviendrait en quelques mois par le traitement aux oestrogènes.

VII - KERATOSE FISSUREE DU REBORD DU TALON DE DUPERRAT

Elle se présente sous forme de saillies kératosiques hérissées de petites végérations qui se fissurent profondément, avec recrudescence l'hiver. Ces lésions surviennent chez les obèses et chez les hyper-glycémiques, (kératose mécanique chez les sujets qui marchent sur le bord externe du talon).

VIII - HYPERKERATOSE DES EXTREMITES EN SAISON FROIDE (BARTHELEMY) à peu près superposable au syndrome "KERATOSE AVEC CYANOSE DES EXTREMITES" de TOURAINE, SOLENTE et BAUMGARTNER

Hyperkératose discrète du bout des doigts, du pourtour de l'ongle, du talon, légèrement xérodermique avec production de fissures péri ou sous-unguéale ou talonnière, récidivant chaque année, avec squames adhérentes accrochant les étoffes, avec aspect sale et comme empoussiéré des sillons épidermiques, de la pulpe des doigts, les extrémités sont souvent froides, décolorées avec impression de doigts morts.

IX - KERATODERMIE ASSOCIEE A UNE ARTHROSE CERVICALE

RIMBAUD, puis CASTELAIN et TEMINE ont décrit une kératodermie associée à une arthrose cervicale. Le cas de RIMBAUD guérit par irradiations du sympathique cervical, mais récidive vingt ans après sous l'aspect d'un psoriasis pustuleux.

X - KERATODERMIE ASSOCIEE A UNE MALADIE DE REILLY

L'éruption siège au niveau des 2ème, 3ème, 5ème doigts respectant les bords externes. La peau est rugueuse, sèche, craquelée, atrophique, perd de son élasticité. On retrouve un chancre d'inoculation, l'adénopathie satellite, l'intradermo réaction est positive.

XI - KERATODERMIES PLANTAIRES ET PALMAIRES ECZEMATISEES

Etudiées récemment par De GRACIANSKY et LECLERQ chez 30 malades (sont éliminés de cette étude, les kératodermies congénitales, les eczémas des ménagères ou des cimentiers, les localisations palmaires ou plantaires de psoriasis disséminés, les kératodermies de causes diverses : lichen plan, maladie de DUHRING-BROCQ, intoxication arseniée) ; l'enquête par l'interrogatoire et les tests épicutanés, la recherche d'une origine pyococcique, mycosique ou levurique, l'épreuve thérapeutique elle-même, ont été très décevantes pour les auteurs. Certaines de ces "kératodermies palmo-plantaires eczémateuses" ne rentrent-elles pas dans le cadre du P.P.P. atypique ?

Si on essaie de faire une synthèse de tous ces états, on s'aperçoit que tous ces syndromes sont bien voisins les uns des autres et que leur description morphologique est parfois assez imprécise. Ils n'obéissent à aucun critère clinique et

encore moins histologique, ils peuvent correspondre parfaitement à nos types de kératodermies psoriasiques mineures.

Il s'ensuit que dans ce tableau clinique de kératodermies essentielles, existe un nombre restreint de maladies qu'il faudra toujours évoquer : le psoriasis d'abord, mais aussi les mycoses, icthyoses, atopie, et surtout dermites orthoergiques, eczémas de contact.

En pratique, devant toute kératodermie palmo plantaire essentielle même minime, un examen soigneux du malade et un interrogatoire précis s'imposent, à la recherche de signes de présomption en faveur du psoriasis : des petits éléments plaident parfois en faveur du psoriasis : un ou deux ongles finement striés de deux ou trois ponctuations ; une hyperkératose discrète autour de certains ongles, un pityriasis apparemment "simplex" du cuir chevelu, l'association à une obésité, une arthropathie ou un diabète, l'inacessibilité thérapeutique, et enfin le rôle joué par les facteurs psychosomatiques comme les agents déclenchants.

ooo

C H A P I T R E IV

DIAGNOSTIC POSITIF

Les lésions que nous venons de décrire présentent donc des caractères morphologiques et évolutifs particuliers.

a) - Caractères morphologiques.
Lésions sèches squameuses, hyperkératosiques, absence d'exsudation, fréquence des fissures.

b) - Caractère évolutif.
Caractère chronique, tenace, rebelle des lésions évoluant selon un rythme autonome, inefficacité fréquente de la thérapeutique, rôle des facteurs psychiques dans les facteurs déclenchants.

Mais ce tableau correspond, nous l'avons vu, à un syndrome ; pour mettre en évidence la nature psoriasique, il sera nécessaire de s'appuyer sur les caractères cliniques et sur l'histologie.

I - DES CARACTERES CLINIQUES.

- A - Le problème est relativement aisé si l'on retrouve l'association d'un psoriasis clinique dans les antécédents personnels ou familiaux.

- B - Le problème est encore aisé s'il existe des lésions de psoriasis subclinique, c'est-à-dire décelables, mais assez discrètes pour que le malade ne juge pas utile de les signaler. L'examen systématique met en évidence :

a) - Une fine desquamation des coudes et des genoux ou d'autres points de pression.

b) - Une onychose psoriasique. Elle débute par une sécheresse des ongles qui deviennent blanchâtres et par un léger épaissement du bord libre. L'ongle est opaque, couleur jaune soufre, soulevé par des productions de plus en plus épaisses blanc jaunâtre. Parfois existent des lésions moins caractéristiques : érosions ponctuées, plus ou moins réparties régulièrement à la surface des ongles, réalisant l'aspect en dé à coudre.

SHULTZ insiste sur la valeur d'un piqueté rouge vif sur la partie postérieure de la lunule, visible lorsqu'on soulève le pli sus-unguéal. On observe parfois des encoches du bord libre réalisant un bord dentelé.

Il existe un épaississement des replis sus et latéro unguéaux formant de petites hyperkératoses péri-unguéales souvent crevassées et fissurées, très significatives.

c) - Un pityriasis épais du cuir chevelu. Ce sont des plaques nettement limitées, de configuration régulière et

arrondie ; les cheveux traversent la squame et ne sont pas englués à leur base, de telle sorte que leur traction ne soulève pas les croûtes graisseuses.

d) - Un psoriasis blanc inter-orteils (à différencier de la mycose).

Ces lésions minimes ont été décrites par SARASON sous le terme de "Psoriasis subclinique". Elles sont souvent le seul élément qui permette d'orienter le diagnostic vers le psoriasis.

- C - Mais il est des cas où les lésions que l'examen retrouve sur le reste du corps, sont sujettes à caution dans le cadre du psoriasis. Ces cas frontières sont nombreux. Parfois même, c'est la kératodermie qui permet d'évoquer le psoriasis en présence de ces lésions ; elles ont le mérite malgré tout d'évoquer le psoriasis et donc d'orienter les recherches étiologiques :

Psoriasis séborrhéique : depuis le placard médio-thoracique jusqu'au simple pityriasis sec ou gras du cuir chevelu, et toutes les autres localisations de la séborrhée. Il existe en effet des formes frontières avec les parakératoses pityriasiformes ou psoriasiformes, les dartres volantes.

La névrodermite psoriasiforme : face postérieure de l'avant-bras, face interne de la cheville, ces lésions érythémato-squameuses sèches, lichenifiées très prurigineuses, sont difficiles à différencier de la lichénification.

La clinique permet donc souvent d'évoquer l'origine psoriasique de cette kératodermie, mais ne permet pas toujours de l'affirmer. C'est le cas fréquent où la localisation palmo plantaire est isolée.

II - L'HISTOLOGIE.

- A - Dans les cas typiques, on trouve une histologie de psoriasis. La parakératose est très accentuée, la couche cornée est formée de lamelles très nombreuses et peu adhérentes dont les cellules sont nuclées, avec par place, des amas de polynucléaires.

Il n'y a plus de couche granuleuse visible. La couche de MALPIGHI, formée de quelques assisses aplaties au-dessus des papilles dermiques, s'enfonce entre elles par des bourgeons très développés (hyperacanthose). Il y a papillamotose avec des vaisseaux très dilatés et un infiltrat lymphocytaire périvasculaire assez discret.

L'exocytose à polynucléaire monte à travers le corps muqueux et peut constituer à sa surface des micro-abcès.

Mais l'histologie n'est pas toujours probante.

- B - Dans deux de nos observations, on retrouve une histologie de parakératose, avec disparition de la granulose.

Au niveau du corps muqueux, on trouve une exocytose à mononucléaire et une exosérose.

Ce qui frappe dans ces observations, c'est l'importance de l'infiltrat à polynucléaire et la discrétion de l'exosérose qui sont en faveur du psoriasis.

- C - Dans de nombreuses observations, l'histologie est nettement en faveur de l'eczéma. Il existe une exocytose, une lymphohistiocytose, spongiose, présence de vésicules.

Nous nous proposons d'expliquer par la suite la raison de cette histologie paradoxale. Nous pouvons dire d'ores et déjà que ne sont pas étrangères à ce tableau d'histologie atypique :

- d'une part, l'association à :

I - la surinfection

2 - les micro-traumatismes

3 - l'eczéma de contact

- d'autre part, la localisation dans une région de kératinisation de type A.

Il reste cependant que certains éléments plaident en faveur du psoriasis :

- hyperkératose avec tendance à l'hyperacanthose
- absence ou discrétion de l'exosérose et de la vésiculation
- prédominance des polynucléaires sur les lymphocytes dans l'exocytose.

La réponse histologique est donc variable et souvent ambigüe. Son interprétation est d'ailleurs délicate et malaisée. En effet, la région palmo-plantaire est une région mal connue histologiquement :

I - la localisation n'est pas un lieu de prédilection des biopsies : on préfère biopser en n'importe quel autre point du corps.

2 - d'autre part, la région palmo-plantaire présente un type particulier de kératinisation (Type A). Les lésions ne peuvent y être squameuses, mais seulement kératosiques ou érythémato-kératosiques.

3 - il y a association de phénomènes d'irritation mécanique et chimique qui masque une lésion typique.

4 - la possibilité de l'étude en microscopie électronique de la peau palmo-plantaire est une acquisition récente. Elle n'a pas encore été approfondie dans la perspective d'une

recherche étiologique. Dans cette éventualité, elle présenterait l'avantage de l'extrême discrétion du prélèvement biopsique, dont l'indication serait plus facilement acceptée par le malade et proposée par le praticien.

ooo

C H A P I T R E V

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous rapportons les observations recueillies dans le service du Professeur BAZEX de I964 à Juillet I970.

Seules ont été retenues celles dont le diagnostic de psoriasis a été confirmé d'une manière irréfutable, soit par la clinique, soit par l'histologie suivant les critères précédemment définis. Ces observations sont au nombre de 25 sur I8I observations recueillies, soit environ I5% des cas.

PULPITES

- I - Madame A... Gisèle, 26 ans, ménagère :

La malade présente une pulpite sèche avec légère hyperkératose. Ces lésions sont associées à des lésions psoriasiques des coudes.

- 2 - Madame S... Simone, 49 ans, ménagère :

En Janvier I970 apparaissent des lésions érythémato squameuses kératosiques de l'extrémité des doigts, désagréables au toucher pour la malade.

Il existe une plaque de psoriasis du genou droit et de la face antérieure de la jambe en Mars I970.

- 3 - Madame R..., 47 ans, ménagère :

La malade présente une petite lésion discrète de la pulpe digitale

du troisième doigt de la main droite. Elle se plaint d'une sécheresse de la main droite.
Il existe une hyperkératose crevassée des deux talons.
L'examen montre une onychose psoriasique.

- 4 - Madame B... Jeanne, 58 ans :
Elle présente un dessèchement avec fissure de la pulpe des doigts.
Il existe une kératose fissurée du talon.
On retrouve un psoriasis indiscutable récent des coudes, des bras et des jambes.

- 5 - Madame P... Jeanine, 40 ans :
La malade présente un dessèchement avec fissure de la pulpe des doigts.
Il existe une fine desquamation de la paume des mains, du talon et du bord des pieds.
Ces lésions entraînent chez la malade, qui est couturière, une gêne considérable dans l'exercice de sa profession.
On trouve une recrudescence au moment des règles et une accentuation proportionnelle aux travaux ménagers.
Il existe une onychose psoriasique.

- 6 - Madame D... Renée, 45 ans, ménagère :
La malade présente quelques éléments kératosiques à la racine

du pouce et de l'index droit, et une fine desquamation de la paume des mains.
Il existe une névrodermite psoriasique associée siégeant à l'avant-bras.
Il existe, par ailleurs, une polyarthrite de type psoriasique et une hyper tension, ainsi qu'une lésion typique de psoriasis au niveau du coude droit.

- 7 - Mademoiselle M... Paulette, I7 ans :
La malade présente une pulpite des deux derniers doigts de chaque main, érythémateuse, sèche, fissuraire.
Il existe des éléments typiques de psoriasis du bord cubital de la main gauche et des deux bords internes du pied.

- 8 - Monsieur C... Maurice, I9 ans, étudiant :
Le malade présente une lésion fissuraire kératosique sèche de la pulpe des doigts, ayant débuté en Janvier I967.
On retrouve dans les antécédents des lésions sèches fissuraires palmo plantaires. Les tests épicutanés sont négatifs, ainsi que l'exploration allergologique. L'examen mycologique est négatif.

- 9 - Monsieur F... Patrick, 8 ans :
Le malade présente une petite lésion de pulpite du pouce droit.
Il existe une onychose.
Il existe également une omphalite psoriasique.

- IO - Monsieur D... François, 9 ans :

Le malade présente une acropulpite crevassée des trois doigts de la main droite.

Il présente une onychose psoriasique.

- II - Madame R... Nathalie :

La malade présente une acropulpite sèche écailleuse du pouce gauche.

Il existe une onychose épaisse du pouce gauche récidivant malgré l'ablation de l'ongle. La recherche mycologique est négative.

Il y a également un psoriasis du coude.

LOCALISATIONS PALMAIRES

- I - Monsieur R... Gérard, 22 ans :

Le malade présente des lésions légèrement érythémateuses, kératosiques, siégeant au niveau de l'éminence thénar droite.

Il existe des lésions psoriasiques du coude.

- 2 - Monsieur G... Marius, 46 ans :

Le malade présente des lésions sèches érythémateuses légèrement kératosiques aux zones de friction des doigts et aux paumes des mains. Il semble que cette éruption soit déclenchée par le contact avec le volant de sa voiture.

Il existe une plaque psoriasique typique au niveau des deux jambes.

- 3 - Madame P..., 42 ans, ménagère :

La malade présente des lésions sèches kératosiques des deux paumes.

Il existe une parakératose psoriasiforme du cuir chevelu et une onychose du type psoriasique.

Les tests épicutanés sont négatifs.

On retrouve un psoriasis ombilical et génital dans les antécédents.

- 4 - Madame S..., 64 ans :

La malade présente des lésions kératosiques, érythémateuses, crevassées de la plante des pieds.

Il existe des lésions psoriasiques du coude droit.

La malade présente des troubles psychosomatiques.

- 5 - Madame B..., 70 ans :

La malade présente des lésions érythémateuses, sèches kératosiques entre les orteils depuis quatre ans. L'examen mycologique est négatif.

Il existe des lésions sèches érythémateuses avec une fine desquamation des deux mains.

La malade présente une onychose psoriasique typique.

- 6 - Madame P..., 32 ans, laborantine :

La malade présente une rougeur avec desquamation des paumes.

Le prurit est absent.

Il existe une hyperkératose des bords latéraux des pieds et de l'extrémité des orteils.

Les tests épicutanés sont négatifs, ainsi que l'examen mycologique.

Il existe une onychose psoriasique.

- 7 - Monsieur B... François, 42 ans, maçon :

Le malade présente des lésions érythémateuses, une fine desquamation des paumes et des plantes. Les tests épicutanés sont négatifs.

Il existe une plaque de psoriasis du coude droit.

- 8 - Monsieur C..., 72 ans :

Le malade présente des lésions sèches kératosiques des deux paumes.

Il existe une kératose talonnière épaisse fissurée bilatérale.

Il existe une onychose psoriasique typique.

OBSERVATIONS S'ACCOMPAGNANT D'UNE BIOPSIE

- I - Madame L..., 35 ans :

La malade présente une kératodermie à minima sèche crevassée avec accentuation des plis et impression de brûlures survenant il y a deux ans à l'occasion d'un accouchement.

Il existe un psoriasis séborrhéique du cuir chevelu.

Biopsie :

a) - du cuir chevelu : aspect compatible avec le diagnostic du psoriasis.

b) - de la main : zone de parakératose.

- 2 - Madame S..., 58 ans :

La malade présente un psoriasis de la face palmaire des deux mains avec sécheresse et rugosité.

Il existe une névrodermite psoriasiforme typique et une onychose psoriasique.

La biopsie montre une parakératose avec infiltrat à polynucléaires neutrophiles sous-épidermique montant dans l'épiderme.

- 3 - Monsieur A... :

Le malade présente des lésions sèches avec accentuation des plis de la main, siégeant au niveau des deux paumes.

Il existe une plaque de psoriasis, nummulaire siégeant à la

face interne des deux jambes. Les tests au bichromate sont négatifs.
Biopsie des mains et des jambes : histologie typique de psoriasis.

- 4 - Madame P..., 57 ans, ménagère :
La malade présente en I965 une pulpite kératosique avec fissure des doigts de la main droite, en Mars I966, une récidive avec association à des lésions kératosiques de la paume, une nouvelle récidive en Novembre I966.
Biopsie : image histologique de psoriasis.

- 5 - Madame N... Rosette, 35 ans :
En I962, la malade présente une lésion érythémateuse sèche finement squameuse de la paume de la main droite. Les tests épicutanés sont négatifs ainsi que la recherche de champignons.
En I966, elle présente une dermite crevassée des deux mains. Ces lésions s'accompagnent d'un psoriasis typique des deux coudes et d'un psoriasis séborrhéique du cuir chevelu.
Biopsie : aspect histologique en faveur de l'eczéma : vésiculation et spongiose.

- 6 - Monsieur P..., 60 ans, manutentionnaire :
Le malade présente depuis six mois des lésions érythémateuses sèches fissurées palmo-plantaires.

Il existe une plaque de psoriasis typique dans la région lombo-sacrée et une lésion érythémato squameuse du prépuce de type psoriasique. Les tests épicutanés sont négatifs ; le malade est retraité.

Biopsie :

a) - au niveau de la main : parakératose avec vésicules intra-épidermiques, infiltrat à polynucléaires sous-épidermique montant dans l'épiderme.

b) - au niveau du pied : lésion à type d'eczéma.

ooo

C H A P I T R E VI

PLACE EVENTUELLE

de la

KERATODERMIE PALMO PLANTAIRE PSORIASIQUE A MINIMA

DANS LE CADRE

DE CERTAINES DERMATOSES FREQUENTES

La clinique paraît, nous l'avons vu dans quelques observations choisies pour illustrer le problème, en contradiction avec l'histologie.

Cette situation paradoxale s'explique par le fait qu'à l'origine du tableau clinique, peuvent se rencontrer associés ou se succéder plusieurs facteurs différents. C'est le cas dans le cadre qui nous intéresse, de l'eczéma, de la dermite d'irritation et du psoriasis.

La fréquence de ces rapports a conduit ZINA et BONU à créer une classification qui envisage cinq éventualités.

- I - Rapport avec la dermite d'irritation (ou dermite orthoergique).

Le psoriasis des mains survient sur une dermite d'irritation.

La lenteur de l'évolution, malgré la suppression des agents irritants, prêche en faveur du psoriasis.

La dermite d'irritation joue un rôle de localisation.

- II - Rapport avec l'eczéma : trois éventualités.

1) - Le psoriasis précède l'eczéma.

Le psoriasis s'est eczématisé. Lors de la régression de l'eczéma, les lésions psoriasiques réapparaissent. Il importe de ne pas les interpréter comme un eczéma particulièrement chronique et rebelle.

Le psoriasis a peut-être été un facteur de résistance moindre à la pénétration cutanée de l'allergie, et par la suite, au processus de résistance sépcifique.

2) - Psoriasis succédant à un eczéma professionnel chronologiquement primitif (Phénomène de KOEBNER).

De telles lésions peuvent être considérées comme une complication de l'eczéma professionnel.

3) - Coexistence indépendante des deux processus.

L'eczéma sec du dos des mains coexiste avec un psoriasis des paumes.

- III - Cas douteux inclassables.

Il n'y a pas de caractères morphologiques ni de signes permettant d'orienter le diagnostic vers l'une des deux dermatoses.

Ce tableau illustrerait, si ce n'était déjà fait, la difficulté d'authentifier le psoriasis. Il permet néanmoins de dégager trois idées :

I) - La dermite d'irritation et l'eczéma de contact font souvent le lit du psoriasis illustrant le phénomène de KOEBNER.

2) - La chronocité des lésions doit toujours évoquer et faire rechercher un psoriasis.

3) - En présence d'un tel syndrome, il faudra essayer de dégager la part à attribuer à deux sortes de facteurs :

- Facteurs acquis : - eczéma de contact (allergie)
  - dermite orthoergique (irritation)
  - surinfection.
- Facteurs personnels : terrain.
  - psoriasis : c'était l'objet de notre étude.
  - eczéma atopique : décrit par KAMINSKY et repris par l'Ecole toulousaine (formes localisées de l'atopie).

ooo

TRAITEMENT

La mise en évidence de l'étiologie psoriasique n'apporte pas de nouvelles possibilités dans le cadre de la thérapeutique classique.

Par voie générale, ce sont les médications habituelles du psoriasis avec fréquence de l'utilisation des médications tranquillisantes.

Du point de vue local, nous préconisons :

- I - les kératolytiques à base d'acide salicylique.
- 2 - les corticoïdes sous ou sans pansement occlusif.
- 3 - les réducteurs : le goudron.
  - <u>végétal</u> à base de genevrier : Huile de Cade
    à base de pin (Norvège) : sur prescription
  - <u>de houille</u> "Coaltar" (lacoderme, goudroline, savon Ramet...)
- 4 - les antibiotiques (auréomycine...) en application dans les crevasses pour lutter contre la surinfection.
- 5 - l'hypersudation régionale au Parafango à laquelle il faut accorder une place particulière (boue appliquée pendant trente minutes environ par jour pendant un mois). Ce traitement a pour

but d'agir sur la sécheresse de la peau qui est particulièrement importante au cours de cette affection.

De nombreux auteurs ont mis l'accent sur l'anhidrose et l'absence de sudation qui persiste longtemps après la guérison.

Cette thérapeutique est un perfectionnement de la méthode aux ultra-violets (INGRAM). Elle a du fait de son originalité, une portée psychologique plus grande chez les malades découragés par l'échec des thérapeutiques classiques.

Il est cependant difficile de juger de l'efficacité de cette thérapeutique, ainsi d'ailleurs que des thérapeutiques classiques. Les résultats sont parfois spectaculaires, parfois nuls. Très fréquemment, le malade n'est pas revu.

La suppression des facteurs locaux d'irritation entraîne souvent des améliorations relatives.

ooo

C O N C L U S I O N

Les consultations pour ces kératodermies psoriasiques à minima autrefois considérées comme d'intérêt négligeable, font l'objet d'une recrudescence importante. Cela est du à deux phénomènes :

- augmentation générale de la consommation médicale.
- multiplication des facteurs déclenchants locaux (mécaniques et chimiques) et généraux (augmentation des maladies psychosomatiques).

Cette recrudescence a permis la mise en évidence d'un nombre important de cas d'étiologie psoriasique jusque-là non étiquetés, car difficiles à mettre en évidence :

- I - Cliniquement :

. ce sont des lésions siégeant dans des régions de kératinisation de type A (les lésions ne peuvent être squameuses mais kératosiques.

. ce sont des lésions souvent isolées.

. l'intrication étroite avec l'eczéma de contact et la dermite orthoergique, rend difficile la définition de critères symptomatologiques.

- 2 - Histologiquement :

. les lésions siègent dans des régions de kératinisation de type A

. l'association à des phénomènes mécaniques et allergiques rend la réponse histologique ambigüe.

. l'histologie de cette région est mal connue, les prélèvements n'y sont faits que rarement.

. la microscopie électronique dont les possibilités sont encore mal connues du point de vue diagnostic, permettrait des prélèvements très discrets plus faciles à proposer.

° °
°

La mise en évidence de l'étiologie psoriasique permet de reclasser dans le cadre du psoriasis un certain nombre de syndromes particuliers, et surtout un certain nombre de lésions isolées.

Elle permet de poser des indications thérapeutiques particulières. Son intégration dans le cadre des maladies professionnelles, n'est pas encore définitivement admise par tous les auteurs.

° °
°

B I B L I O G R A P H I E

. TRAITE DE DERMATOLOGIE

Doin Editeur - BROCQ - p. 523, (I907).

. NOUVELLE PRATIQUE DERMATOLOGIQUE

MASSON, Vol.6, p.365 et Vol.8, p.337, (I936).

. TRAITE DE DERMATOLOGIE

Doin Editeur, Vol.33, p.259, (I939).

. DISEASES OF THE SKIN

MOSBY C.O., SUTTON, p.705, (I956).

. PRECIS DE DERMATOLOGIE

Masson Editeur, DUPERRAT, pp. 296 et 3I6, (I959).

. DISEASES OF THE SKIN

KIMPTON C.O., ORMSBY, p. 564 (I948).

. DERMATOLOGIE

Flammarion, DEGOS, p. 665 (I953).

. FISHER A.A.

Contact Dermatitis - Editions Lea Fabeger - Filadelphia (I967).

. AGUILERA et MAURURI G.

Queratodermatitis hipoestrogenica palmar y plantar "Acta Dermosifilograficas" -39, 545, (I948).

. BAZEX A., DUPRE A, CHRISTOL B.

Formes cliniques trompeuses du psoriasis - "Rev. Prat" I5, I089, (I965).

. BAZEX A., DUPRE A. et CHRISTOL B.

Le psoriasis plantaire - "Rev. de podologie", II7 (I966).

. BAZEX A., DUPRE A, et CHRISTOL B.

Psoriasis à type érythème circine récidivant de BLOCH - "Bull. Société Franç. Derm. et Syph., 74, 689, (I967).

. BAZEX A., DUPRE A., CHRISTOL B.

Essai de traitement des kératodermies palmaires par l'hypersudation régionale obtenus par enveloppement à la parafine - "Bull. Société Franç. Derm. et Syph.

. BAZEX A., DUPRE A., et CHRISTOL B.

A propos des dermatoses résiduelles des eczémas des cimentiers. Rôle tenu par le psoriasis - "Bull. Société Franç. Derm. et Syph", 75, 4, 24I, (I968).

. BAZEX A., DUPRE A. et CHRISTOL B.

Kératodermies palmo plantaires psoriasiques à minima - "Gazette médicale Française", 75, 4, 24I, (I968).

. BAZEX A., DUPRE A., CHRISTOL B., CANTALA P.

Lésions éruthémato squameuses des mains chez les cimentiers - Annales de Dermatologie et de Siphylligraphie, 96, 56, 689, 404, (I969).

. BAZEX A., DUPRE A., CHRISTOL B.

Aspects morphologiques atypiques de l'eczéma constitutionnel - Revue de médecine, 62, (I966).

. BONNET J., CALAS E., FLORENS A., FOUQUET H., DAVIER A. et TASSO F.

Les aspects cliniques des dermatoses professionnelles - Sud Médical et Chirurgical, 2 482, IO I22, 3I Juillet I962).

. DE GRACIANSKY P. et LECLERCQ R.

Kératodermies palmaires et plantaires eczémateuses - GM de France, 73, 3 379, (I966).

. EPSTEIN S.

Dermatite de contact due au Nickel et au Chrome - Arch. of Dermat., 73, 236, (I956).

. FREGERT

Chromate eczéma and matches - Acta dermato Venereo logica, 4I, 434, (I96I).

. HURIEZ Cl., DESMONS, AGACHE P., BENOIT M et BOMBART

Dermatose résiduelle des eczémas des cimentiers et des ménagères - Bull. Société Franç. Derm. et Syph., 68, 2I9, (I96I).

. KAMINSKY A.

Syndrome digito cutaneo minima - SDCM - Information dermatologique, I9, I8I, (I965).

. LAPIERE S.

Dermatoses professionnelles orthoergiques chimiques, physiques et parasitaires - Arch. Mal. Prof. Symposium - Lille, IO, II Juin I965.

. PINOL et AGUADE, GIMENEZ, CAMARASA J.M.

Facteurs étiologiques de l'eczéma dit "des ménagères" - Medecina cutanea II, 507 (I968).

. SARASON

Psoriasis subclinique - Progreso farmaceutico, 98, 10, (I952).

. SHAMON J.

Pseudo dermatite atopique - Dermatologica, I3I, I76, (I965).

. SCHUPPLI R.

L'influence de l'affinité des métaux pour la peau dans la dermite au ciment et eczéma des ménagères.

. TEMINE P., CASTELAIN P.Y., PRIVAT Y., BENNE, COSTES A.

Diagnostic étiologique des dermatoses professionnelles Sud. Médical et chirurgical - 3I Juillet I962).

TEMINE et ODDOZE

Bull. Société Franç. Derm. et Syph. Février I970 - Pulpite digitale kératosique craquelée récidivante.

. ZINA G. et BONU G.

Psoriasis ed eczema professionale - Minerva dermatologica - 40, Sup. N° 8, 400, (I965).

o o
o

Vu et Permis d'Imprimer

Toulouse, le 18 Décembre 1970

LE PRESIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITE

PAUL SABATIER

L. LARENG